1re ANNÉE — N° 6 — JUIN 1896.

ARCHIVES NATIONALES
DE
STOMATOLOGIE
ET
D'ART DENTAIRE

PARAISSANT TOUS LES MOIS

Organe de l'École et des Praticiens de Bordeaux

Il sera rendu compte des ouvrages et thèses dont il sera adressé deux exemplaires et des appareils dont il sera envoyé un spécimen.
Les auteurs de travaux originaux ont droit à 50 exemplaires tirés à part.

SOMMAIRE

PRIX DE L'ABONNEMENT
UN AN (FRANCE ET ÉTRANGER) : 5 F. — PRIX DU NUMÉRO : 50 C.

RÉDACTION ET ADMINISTRATION
Bordeaux — 226, Rue Sainte-Catherine, 226.

ACADÉMIE DE BORDEAUX

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR LIBRE

ÉCOLE ET CLINIQUE DENTAIRES DE BORDEAUX

226, rue Sainte-Catherine, 226

La direction générale des études est basée sur le programme qui forme l'art. 3 du décret du 25 juillet 1895.

La scolarité régulière est de trois années; exceptionnellement, il est fait un cours complet de la durée d'une année pour les praticiens qui désirent acquérir le titre de Chirurgien dentiste.

L'Ecole admet à titre d'Elèves :

1. Les Étudiants qui postulent le diplôme d'État.
2. Les Étudiants d'une autre École dentaire jouissant des mêmes droits, munis de leurs inscriptions et de leurs examens de fin d'année.
3. Les Étudiants en médecine, après transformation de leurs inscriptions.
4. Les Étudiants en médecine munis de douze inscriptions.
5. Les Praticiens patentés avant la loi de 1892, voulant préparer le diplôme d'État.
6. Les Étrangers ou ceux qui ne désirent pratiquer qu'à l'étranger.

Les aspirants au diplôme d'Etat doivent produire, pour prendre leur première inscription, soit un diplôme de bachelier, soit le certificat d'études prévu par le décret du 30 juillet 1886, modifié par le décret du 25 juillet 1893, soit le certificat d'études primaires supérieures.

L'École donne des inscriptions spéciales aux élèves ne désirant pratiquer qu'à l'étranger. Ces inscriptions ne sont pas valables devant les Facultés; leur remise donne droit au diplôme de l'École dentaire.

Il n'existe pas d'examens d'entrée pour les élèves munis de leurs titres universitaires. Il n'en existe que pour les élèves au titre étranger. Cet examen se passe sur le programme du certificat d'études primaires supérieures.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Rolland, directeur de l'École, 226, rue Ste-Catherine, Bordeaux.

ARCHIVES NATIONALES

DE

Stomatologie et d'Art dentaire

SOMMAIRE

DU BLANCHIMENT DES DENTS

Du peroxyde de Sodium $Na^2 O^2$

Le peroxyde de sodium est employé dans l'industrie sur une très vaste échelle; on l'utilise dans les fabriques où l'on blanchit la soie et les laines.

Ce corps nous vient d'Angleterre; longtemps il a été connu seulement comme un produit de laboratoire. Gay Lussac et Thenard, en 1816, le connaissaient et en avaient préparé de faibles quantités. Ces chimistes donnèrent au peroxyde de sodium et de potassium les formules $Na^2 O^3$ et Ko^3 (suivant la notation par équivalents.) Vernon Harcourt étudia de nouveau ces corps en 1862 et leur donna la formule $Na_2 O_2$ et $K^2 O_4$. Il les obtint en chauffant les métaux avec un excès d'oxygène dans un récipient en argent.

En 1866 le professeur H.C. Bolton indiqua une nouvelle méthode plus simple :

Pour former les peroxydes, il laisse tomber des morceaux de potassium ou de sodium dans du nitrate de potasse ou de soude en fusion; à ce contact, les métaux s'enflamment immédiatement et répandent une brillante lumière, tandis que la masse en fusion devient rouge foncé. La solution du nitrate de potasse devient jaune par le refroidissement.

En 1876, Fairley obtint finalement le composé de sodium en ajoutant de l'eau oxygénée à un excès de soude caustique; cette solution ainsi obtenue et renfermant 20 de soude caustique pour 100 d'eau oxygénée était alors versée dans de l'alcool.

C'est un corps solide, de couleur blanche, très caustique.

Au point de vue chimique on peut le considérer comme l'analogue de l'eau oxygénée avec cette seule différence que ses pro-

priétés sont considérablement plus grandes et que c'est un caustique puissant qui dissout la matière organisée.

Le peroxyde de sodium est soluble dans l'eau. Il produit une augmentation considérable de température, lorsqu'on l'y projette, et élimine une certaine quantité d'oxygène dont la pénétration dans les voies respiratoires provoque des phénomènes irritatifs accompagnés d'accès de toux. Ceci ne se produit que lorsque le peroxyde de sodium y est projeté en quantités assez importantes, tandis, qu'au contraire, lorsque le peroxyde de sodium est jeté dans l'eau par petites quantités, le dégagement de l'oxygène est presque insensible et le peroxyde est peu à peu dissous.

Il est nécessaire lorsqu'on prépare la solution de peroxyde de soude d'entourer le récipient en verre qui contient les corps d'un mélange réfrigérant jusqu'à ce que le corps soit complètement dissous, à cause de la grande chaleur qui se dégage et pour éviter enfin la dissociation de la combinaison en oxygène et en soude caustique.

Pour obtenir une solution à 50 p. °/₀ qui est la plus forte de celles qui sont utilisées, on jette du peroxyde de sodium dans l'eau jusqu'au moment où elle n'en pourra plus dissoudre : ce sera une solution de peroxyde de sodium à saturation.

Quand on a ainsi obtenu une première solution par saturation, il est très facile, se servant de celle-ci comme d'une solution mère, de former des solutions plus faibles, au titre que l'on voudra, en la versant dans de l'eau, suivant les proportions qu'on jugera convenables.

Le peroxyde de sodium doit être préservé de l'humidité. Car il est très hygrométrique ; exposé à l'air, il en absorbe assez rapidement la vapeur d'eau et au bout de 24 heures, il pèse 20 pour 100 de plus qu'au moment de son exposition. La vapeur d'eau le pénètre aussi bien en surface qu'en profondeur ; il est atteint dans toutes ses parties car toutes ses molécules ont un pouvoir hygrométrique égal.

On doit user de grandes précautions avec ce corps, car, quoique il ne soit pas combusible par lui-même, il contient une telle quantité d'oxygène, qu'il alimenterait dans de fortes proportions un foyer fait du papier, du bois, et, d'une façon générale, de toutes matières capables d'entrer en ignition.

Pour manier ce corps on se sert d'une cuiller en métal, en fer ou en acier.

Le peroxyde de soude du commerce contient environ 20 pour °/₀ d'oxygène, tandis que le peroxyde de barium n'en contient que 7 pour °/₀ et l'eau oxygénée 1/5 à 2 pour °/₀.

Le peroxyde de sodium diffère de l'oxyde de sodium Na^2O de la manière que l'eau oxygénée diffère de l'eau, par la présence d'un atôme additionnel d'oxygène. C'est la mise en liberté de cet atôme d'oxygène qui est le grand agent du blanchiment des dents car cet atôme d'oxygène s'empare de l'hydrogène du composé organique coloré et détruit ainsi l'identité de ce corps coloré.

Le peroxyde de sodium diffère de l'eau oxygénée en ce qu'il contient 20 pour °/₀ d'oxygène, tandis que ce dernier n'en contient

que 3 à 4 pour % : En outre il a une action décomposante et saponifiante sur les huiles, les glandes et les tissus organisés qui ont pénétré la dentine dans sa structure et qui souvent opposent une barrière infranchissable à l'entrée des agents de blanchiment ordinairement employés. Cette action saponifiante s'explique tout de suite; en effet, le peroxyde de sodium en perdant un atôme d'oxygène devient de l'oxyde de sodium, et celui-ci en se combinant avec une molécule d'eau forme Na OH, c'est-à-dire la soude caustique, dont l'emploi se trouve dans la fabrication des savons.

Mode d'emploi :

Prenons, par exemple, à la machoire inférieure une dent de six ans dont le contenu est en putrescence. Cette dent est pénétrée dans toute sa stucture, sa dentine est de ce fait colorée et imprégnée de matières organiques en décomposition. Souvent une ostéomyélite du maxillaire accompagnée de sécrétions purulentes est le résultat de ces décompositions.

Le peroxyde de sodium que l'on emploie dans ces cas produit un effet surprenant; il améliore et désinfecte la dent très rapidement. Dans ce cas particulier, on emploie largement le peroxyde à 50 pour % en inondant chambre pulpaire et canaux. Nous répétons, pour que ceci ne soit jamais oublié, que la digue doit être mise en place pour empêcher le contact destructif de la solution vis-à-vis des tissus.

Le caoutchouc de la digue n'est pas détruit par ce caustique. Ce qui explique l'efficacité de sa protection, c'est que les carbures condensés ne sont pas attaqués ou le sont très lentement par les alcalis caustiques, et voyons-nous aussi que dans les laboratoires on bouche les flacons qui contiennent ces derniers avec des bouchons en caoutchouc.

La force du composé se voit tout de suite par le dégagement des gaz. Lorsqu'on a mis du peroxyde de sodium dans une dent, on assiste à un dégagement de gaz semblable à celui que produit de l'eau jetée sur de la chaux vive.

Ce dégagement de gaz a une action sur une partie des débris inorganiques qui sont rejetés au dehors. Egalement, les petites fibres de la pulpe et les matières organiques en décomposition sont détachées des parois des canaux et des canalicules dentinaires et saponifiées. Il y a donc ici à compter sur une action mécanique, sur une action chimique et aseptisante. L'action mécanique est produite par le dégagement du peroxyde faisant pression sur les matières gazeuses contenues dans les canaux et qui sont le résultat des fermentations dont nous avons parlé. Ce gaz pénétrant dans les profondeurs des canaux infiniment petits assurent l'antiseptie de la dent dans la mesure du possible, car les débris organiques et les graisses, les tissus sphacélés et les gaz sont rejetés, détruits ou saponifiés. La composition chimique des corps impreignant la dent est donc totalement changée, et comme conséquence leur couleur est modifiée. Il faut avoir soin pour introduire la solution de se servir de fibres d'amiante qui ne sont pas

décomposées même par les fortes solutions de peroxyde de sodium comme le seraient des tampons de coton, qui très rapidement se désagrègeraient, se dissoudraient et disparaîtraient de la tige ou des veines où ils se trouvent mis.

Le résultat de cette intervention est de donner à la dentine une teinte jaunâtre, dûe aux actions que nous avons déjà signalées. La dentine qui était noirâtre ou bleuâtre suivant les cas assez complexes où l'on pouvait invoquer l'action de l'amalgame, de l'or, de l'étain ou du ciment en présence de la salive et d'après la constitution plus ou moins dense de la dent s'est donc modifiée puisqu'elle est devenue jaunâtre presque instantanément après l'application du caustique.

Après cette application du peroxyde de sodium, agent de la première classe, suivant notre ancienne division, nous recourons, ainsi que nous l'avons annoncé, aux agents de la deuxième catégorie et de préférence à l'acide chlorhydrique à 20 pour °/₀.

L'effet de cet acide ne s'arrête point seulement à la neutralisation de la solution alcaline, mais va plus loin et augmente, s'il est possible, l'action blanchissante de notre agent, ainsi qu'en témoigne la formule chimique :

$$Na^2\,O^2 + 2\,HCL = 2\,Na\,CL + H^2\,O^2$$

En somme, les deux corps en présence, peroxyde de sodium et acide chlorhydrique ont produit du chlorure de sodium et de l'eau oxygénée.

Le travail chimique qui s'est accompli pour former l'eau oxygénée s'est passé dans les canalicules, et cette eau oxygénée ainsi contenue dans les capillaires de la dentine, contribue à achever d'expulser leur contenu douteux, leur donne par conséquent une couleur meilleure. On n'a plus affaire alors qu'à dû chlorure de sodium, le sel ordinaire, qu'on dissout et dont on se débarrasse par de l'eau chaude distillée, mais dont le séjour dans la dent ne présenterait certainement aucun inconvénient.

Tels sont les usages du peroxyde de sodium.

Ce corps est utile encore en chirurgie et en médecine courante car, en raison de son dégagement d'oxygène, il peut rendre des services signalés dans la guérison de gingivites, de piorrhées, d'abcès ordinaires, et dans ces formes d'abcès en blennorrhées qui atteignent les sinus et les différentes cavités de la face. Pour les chirurgiens dentistes tous ces corps les intéressent d'une manière étroite, car leur rôle n'est pas seulemeut d'assurer la guérison des malades, mais encore leur esthétique buccale, et nous devons nous souvenir toujours de l'adage du poëte Persan :

« La bouche est un écrin dont les dents sont les perles. »

May BARRAL,

Démonstrateur de Dentisterie pratique

Docteur ROLLAND.

CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

(Session de Nancy, 1896)

RÉUNION DES DENTISTES DE L'EST A NANCY. — CONSTITUTION DU BUREAU LOCAL. — MODIFICATION DE LA DATE DU CONGRÈS. — COMMUNICATIONS ANNONCÉES. — MODIFICATION DANS LA PUBLICATION DES COMPTES RENDUS.

Le lundi 6 avril, a eu lieu à Nancy la réunion qui avait été provoquée par le bureau central du Congrès pour la nomination du bureau local. Les confrères de l'Est étaient venus en assez grand nombre. La plupart des dentistes de Nancy y assistaient : MM. Bartélemy, Huron, Dr Rosenthal père et fils, Michel, Le Payen, Gascuel, Thibhault, Sauval. MM. Thioly et Noël s'étaient fait excuser, empêchés au dernier moment.

Parmi les confrères venus des autres villes, nous citerons : MM. Lée, de Reims, Chouville, de St-Quentin, Cordelier, d'Épinal, Hess, de Montbéliard, Tournier-Daille, de Lons-le-Saulnier, Arlet, de Corbeny, Huziker, de Toul, Montignac, de Lunéville, Ott, de St-Dié, etc.

Plusieurs autres confrères avaient envoyé au sujet de cette séance préparatoire, des lettres d'excuse dans lesquelles ils promettent de venir au Congrès ; nous en avons reçu d'un grand nombre de villes de l'Est : Belfort, Sedan, St-Dizier, Ste-Menehould, St-Dié, Dijon, Charleville, Besançon, Pont-à-Mousson, etc.

La séance a commencé à 4 heures, salle de l'agriculture, sous la présidence du Dr E. Sauvez, président du bureau central. Dans une courte allocution, il a parlé du but de la réunion, de l'utilité des Congrès et des avantages de la bonne confraternité ; il a fait ressortir l'indépendance de ces Congrès nationaux, garantie par la représentation des différents éléments dans le bureau, et fait appel à la solidarité des dentistes de l'Est qui ne sont pas encore groupés en société, alors que toutes les autres régions de France en sont pourvues.

On a ensuite procédé au vote pour la nomination des six membres destinés à former le bureau local. MM. Barthélemy, Dr Rosenthal, Huron, Chouville, Cordelier et Lée ont été nommés pour la plupart à l'unanimité. Ces six membres se sont réunis pour former le bureau local.

Nous en donnons ci-dessous la composition, ainsi que celle du bureau central que nous rappelons pour mémoire.

BUREAU DU CONGRÈS

Président du Congrès : Dr GUÉNARD, de Bordeaux

BUREAU CENTRAL		BUREAU LOCAL		BUREAU NON RÉGIONAL
Présdent. MM.	Dr Sauvez.	*Président* MM.	Dr Rosenthal de Nancy	Sera composé de 6 membres nommés au début du Congrès.
Sec.-gén..	Choquet.	*Sec.-gén..*	Barthélemy id.	
Trésorier	Ducourneau.	*Secrét.....*	Huron.	
Sécrét.....	Loup.		Cordelier d'Épinal	
Membres.	Lemerle.	*Membres.*	Chouville de St-Quentin	
	Francis Jean.		Lée de Reims.	

Après la séance, un banquet a été offert par les dentistes de Nancy aux confrères venus des autres régions et ensuite a eu lieu la première réunion du bureau local. Le Dr Sauvez a montré quels étaient les desiderata du bureau central qui l'avait délégué à cet effet, et on a examiné en commun les mesures à prendre pour faire de ce Congrès une réunion utile pour l'instruction et la bonne confraternité des dentistes français et pour assurer aux congressistes le meilleur emploi de leur temps pendant leur séjour dans la ville de Nancy.

D'importantes résolutions ont été discutées et adoptées dans cette

séance ainsi que dans les réunions qui se sont tenues depuis cette époque, tant du bureau central que du bureau local.

La dernière séance du bureau central a eu lieu samedi 2 mai. Le Dr Rosenthal y assistait.

De cette réunion et des réunions précédentes, il résulte que :

1o La date du Congrès est modifiée de la manière suivante : le mercredi 12 *août*, réunion confraternelle, à Nancy, à 8 heures du soir, à un endroit qui sera ultérieurement désigné aux membres du Congrès. Le *jeudi 13,* le *vendredi 14* et le *samadi 15*, séances du Congrès. Le dimanche 16, excursions.

Cette mesure a été prise à la demande d'un grand nombre de confrères et sur l'instigation du bureau de Nancy ; en la première date du 20, 21 et 22 août qui avait été fixée, nous avait amené beaucoup de lettres de protestation. De plus les personnalités que nous avons en vue pour la présidence d'honneur n'auraient pu attendre cette époque ; enfin, sur les quatre jours, il y a deux jours fériés, de sorte que les congressistes perdront moins de temps ;

2o Le bureau du Congrès s'engage *formellement* à assurer la publication des comptes rendus des travaux du Congrès dans les trois mois qui suivent. Le livre du Congrès de Nancy sera donc certainement paru avant le 15 novembre 1896.

Cette mesure a été prise à la suite d'une grande quantité de lettres qui nous sont parvenues, et qui émanent des congressistes venus l'année dernière à Bordeaux. Ces confrères s'étonnent, à juste titre, que ce travail ne soit pas encore terminé, et ne veulent pas s'engager pour le prochain Congrès, sans avoir reçu le livre auquel ils ont droit. Nous déclinons toute responsabilité au sujet de ce retard ; aucun des membres du bureau actuel du Congrès de Nancy n'est chargé de s'occuper de la publication des comptes rendus du Congrès de Bordeaux.

Nous ne pouvons que nous engager pour ce qui nous concerne ; d'ailleurs la plus grande partie des procès-verbeaux est parue déjà dans *l'Odontologie* et le retard est dû à plusieurs causes, entre autres à la mort de notre regretté président du Congrès de l'année dernière ;

3o La plus grande hospitalité sera accordée aux démonstrations pratiques. Il sera même fait appel à certaines personnalités étrangères qui ne comptent parmi nous que des sympathies et on fera tout ce qu'il est possible pour avoir un grand nombre de démonstrations sur le malade, ce qui est plus particulièrement utile pour l'instruction professionnelle et ce qui manque le plus souvent dans les Congrès.

4o Parmi les communications annoncées, nous attirons l'attention sur une série de projections sur l'histologie de la dent, par M. Choquet, qui présentera un intérêt particulier, car les congressistes pourront se rendre compte des plus petits détails des coupes nombreuses que l'on fera passer devant leurs yeux.

Dans un prochain numéro, nous parlerons des communications qui nous ont été annoncées jusqu'ici et nous tiendrons les lecteurs au courant de ce que nous connaitrons de précis au sujet du Congrès.

Pour le Bureau central :

Le Président — *Le Secrétaire général*

Dr E. SAUVEZ. — CHOQUET.

Lettre de notre correspondant au Congrès de Bâle.

N. Mendelssohn, chirurgien dentiste à Montpellier, nous permet de faire profiter nos lecteurs du compte-rendu du Congrès de Bâle. Par cette bonne fortune, nos lecteurs apprécieront les premiers la forme charmante donnée à ces communications, ainsi que la vigueur et la netteté de vues de notre correspondant qui sait mettre au service du progrès scientifique sa personnalité et son indépendance. M. Mendelssohn voit, juge et critique avec hauteur et impartialité et revendique entièrement la responsabilité de ses opinions; cette note personnelle, nos lecteurs l'apprécieront.

Nous respecterons donc la volonté de notre distingué collaborateur et nous lui adressons nos félicitations et nos remerciments pour le concours précieux qu'il nous apporte.

Compte rendu du XIme Congrès dentaire Suisse

Visite aux Écoles dentaires de ZURICH et GENÈVE

SOMMAIRE

Arrivée et réception à Bâle. — *Réunion de la Société odontologique Suisse de la Société du Grand Duché de Bâde.* — Ordre du jour : *Berne est désigné pour le Congrès de 1897. — Fête du* **Schützenhaus,** *du bâton orchestral du Président* **WITZIG.** — *Commencement des travaux, sous la présidence du professeur J.-J. Billetes. — Communication du Docteur* **ROSE, de Munich,** *sur l'Étiologie de la Carie dentaire : Causes directes, causes indirectes. — Communication de M.* **LEITZ,** *médecin dentiste de Constance : Observations des dents sur mille hommes d'infanterie.* — **1er Tableau** : *Répartition d'une bonne ou mauvaise dentition suivant cent hommes.* — **2me Tableau** : *Influence de la coloration des dents sur leur résistance.* — **3me Tableau** : *Influences professionnelles. — Du rôle de la chaux dans l'alimentation.*

Monsieur le Directeur,

J'avoue franchement avoir trop préjugé de mes forces et m'être avancé imprudemment en vous promettant le compte-rendu du XIme congrès Suisse et le rapport de ma visite aux Écoles dentaires de Zurich et de Genève.

A l'œuvre la tâche, je le vois, dépasse mes forces ; cet aveu est déjà la punition de mon audace, car nous avons vu tant et tant de choses qu'il ne m'est possible, en groupant tous mes souvenirs, que de vous envoyer une relation très succincte de mon voyage.

Si vous agréez mon prologue, j'entre dans mon sujet.

A mon arrivée à Bâle, j'ai eu la bonne fortune d'entrer en relation avec l'aimable Dr Witzig, président du Comité local et avec le Dr Lyman C. Brian, Vice-Consul des Etats-Unis dont je me permets ici de rappeler la cordiale réception.

La première journée a été remplie par la réception des Congressistes à la gare. J'en ai profité pour rendre visite à quelques confrères entre autres, au Dr de Trey, qui, malade depuis longtemps, se fait suppléer par son fils.

A 4 h. 1/2, a eu lieu dans le Casino de Bâde la réunion de l'Assemblée administrative de la Société odontologique Suisse conjointement avec la Société du Grand Duché de Bâde tenant sa réunion de printemps.

L'ordre du jour portait :

1° Allocution du Président ;
2° Lecture du Procès-Verbal de la Séance ;
3° Rapport du Trésorier ;
4° Réception des Candidats ;
5° Nomination du Comité et des vérificateurs de comptes ;
6° Propositions et Communications concernant la Société ;
7° Désignation du Siège du prochain Congrès.

Berne est désigné pour 1897.

A 8 h. 1/2 du soir, les deux Sociétés avaient groupés leurs invités en une vraie Fête de Famille au Schützenhaut. Notre aimable Président Witzig nous a montré que la science n'excluait pas la gaîté, et pourvu d'un fémur en guise de bâton de chef d'orchestre, il dirigeait les chœurs. Je ne vous ferai pas l'injure de croire que ces chansons ressemblaient au cantique des cantiques de biblique mémoire ..... Loin de là ..... " Le Gaudeamus " la chanson du Pneumococus, le " Grog des Testicules " étaient au programme ; d'ailleurs en souvenir de cette liesse, nous avons pu emporter un opuscule où sont éditées ces chansons — inédites sur les manuels universitaires.

Le lendemain ont commencé les travaux sérieux.

A 8 heures précises, le dimanche matin, nous avons été réunis au Casino de la ville, sous la présidence du Professeur J.-J. Billeter, l'honorable Président de la Société odontologique suisse et les communications et démonstrations ont duré jusqu'à midi.

A une heure, un banquet nous était servi dans une salle contigüe et l'après-midi était consacrée à une excursion à Reimfelden, site charmant à 8 kilomètres de Bâde.

Le lendemain, les délibérations et communications ont pris la matinée, et seulement interrompues par la discussion assez vive d'ailleurs sur le projet d'organisation du Congrès International de l'art dentaire à Genève en 1897.

Après des controverses assez vives et passablement longues, le projet est rejeté à une faible majorité. A midi, de nouveau, nous avons pu apprécier l'hospitalité suisse. On avait songé à réparer les forces des Congressistes affaiblis par l'ardeur de la discussion en offrant un *frühschopen*.... en attendant le somptueux banquet d'adieu servi à 2 heures au Casino d'été.

⁂

C'est le Professeur Dr Rose de Munich qui a ouvert la série des communications par son rapport très documenté sur les causes directes et indirectes de la carie dentaire.

D'après le travail et les observations faites sur 5000 jeunes récrues il existe :

I. — Une différence marquée sur la fréquence de la carie dentaire selon que le visage est allongé ou aplati.

La carie se montre plus fréquemment chez les sujets à face allongée, et cela s'explique :

(a) Parce que les dents se trouvent plus serrées.
(b) Parce que l'os jugal étant plus étroit la force des masséters est diminuée.

La différence dans le nombre des dents cariées est à peu près de 6 %. Du reste, voici les chiffres fournis par le Dr Rose :

	Visages à faces allongées	Visages à faces larges
Frusing (campagne)	20, 8 %	13, 3 %
Rosenheim (ville)..............	29, 2 %	23, 1 %
Rosenheim (campagne)	23, 5 %	17, 4 %
Rosenheim (domaine de l'industrie)...	23, 4 %	18, 3 %
Münich (campagne)............	26, 2 %	17, 5 %
Berchtesgaden	37, 3 %	25, 5 %

II. — Le pain a une influence prépondérante sur la carie.

Le pain blanc frais, en usage en Suisse est plus nuisible aux dents que le pain noir rassis consommé ordinairement en Bavière et en Westphalie.

III. — La nature du sol doit aussi entrer en ligne de compte surtout au point de vue de la coloration. Ainsi, le Dr Rose a constaté que les habitants de la forêt de Bavière ainsi que les enfants des écoles de la forêt noire ont parfois les dents de coloration *jaune-fauve* ou *gris-bleuâtre.* Dans les terrains calcaires, au contraire, on rencontre des individus à dents de coloration *jaune-brillant* ou *blanc-jaunâtre* ; cependant, en dépit du terrain non calcaire, cause de la pauvreté de la structure dentaire, les paysans de la forêt de Bavière ont parfois de bonnes dentures parce qu'ils se nourrissent de pain noir rassis !



M. Seitz, médecin-dentiste de Constance nous fait une communication d'un examen des dents de 1000 hommes d'infanterie.

Tableau I.

Sur un total de 100 hommes, 39 possédant une très-bonne dentition avaient toutefois 13 % de dents défectueuses et 26 % sans défauts, ainsi que le prouve le tableau I. portant le signalement *très-bonne dentition.* Dans le même tableau : *Bonne dentition* sur un total de 48 hommes, 30 % des dents se trouvaient défectueuses et 18 % seulement sans défauts.

Enfin, au signalement : *mauvaise dentition* sur 13 examinés 5 % seulement étaient sans défauts et 8 % avec défauts.

Ce qui pris en l'ensemble donne pour le 1er tableau une moyenne générale de 51 % avec défauts et 49 % sans défauts.

Les observations générales que nous pouvons tirer de ces examens sont les suivantes :

1o Dentition sans dents cariées avec 3 dents défectueuses au plus, ceci correspondant à une *très-bonne denture* ;

2o Dentition avec au plus 6 dents cariées et défectueuses, ceci correspondant à une *bonne denture* ;

3o Dentition avec plus de 6 dents cariées ou défectueuses, ceci correspondant à une *mauvaise denture.*

Tableau II.

Dans le 2e tableau, l'examen a porté sur la coloration des dents.

Nous avons donc établi les distinctions suivantes et l'on trouve par ordre de fréquence.

1° Dents grises — 51 °/₀.
2° Dents jaunes — 34 °/₀.
3° Dents blanches — 15 °/₀.

Nous avons en outre suivi la même classification que dans le tableau I.

1° *Très-bonne denture.*
2° *Bonne denture.*
3° *Mauvaise denture.*

Dans la première classification avec coloration grise, correspondant à la *très-bonne denture* nous trouvons sur un ensemble de 35 °/₀ une moyenne de 13 °/₀ avec défauts, de 22 °/₀ sans défauts ; avec colorotion jaune sur 40 °/₀ sur une moyenne de 13 °/₀ avec défauts et 27 °/₀ sans défauts ; avec coloration blanche 15 °/₀ avec défauts, 28 °/₀ sans défauts sur 43 °/₀.

Dans le 2e classement : *Bonne denture*, nous trouvons avec coloration grise sur un total de 50 °/₀, 32 °/₀ avec défauts, et 18 °/₀ sans défauts ; avec coloration jaune sur un total de 48 °/₀, 28 °/₀ avec défauts et 20 °/₀ sans défauts, enfin avec coloration blanche nous trouvons sur 39 °/°, 26 °/₀ avec défauts et 13 °/₀ sans défauts.

Dans le 3e classement : *Mauvaise denture,* nous trouvons pour la coloration grise sur 15 °/₀, 11 °/₀ avec défauts et 4 °/₀ sans défauts ; de coloration jaune, sur un total de 12 °/₀, 7 °/₀ avec défauts et 5 °/₀ sans défauts ; enfin pour la coloration blanche sur un total de 18 °/₀, 11 °/₀ avec défauts et 5 °/₀ sans défauts.
Leurs résultats généraux seraient pour les 3 classifications :
1° 56 °/₀ avec défauts et 44 °/₀ sans défauts.
2° 48 °/₀ — et 52 °/₀ —
3° 52 °/₀ — et 48 °/₀ —

Tableau III.

Dans le 3e tableau C. nous avons examiné au point de vue professionnel et nous avons eu :
1° Chez des agriculteurs sur un total de 43 °/₀, 13 °/₀ avec défauts et 30 °/₀ sans défauts dans la classification : *très-bonne denture.*
Avec *bonne denture*, nous trouvons 45 °/₀, 23 °/₀ avec défauts et 22 °/₀ sans défauts, enfin avec *mauvaise denture* nous trouvons sur 12 °/₀, 10 °/₀ avec défauts et 2 °/₀ sans défauts, soit un ensemble de 46 °/₀ avec défauts et 54 °/₀ sans défauts pour des agriculteurs
Nous constatons des différences sensibles d'après les professions ; ainsi, tandis que les boulangers et les meniers sur un total de 25 °/₀ ont 17 °/₀ avec défauts et 8 seulement sans défauts, nous trouvons les bouchers avec 7 °/₀ sans défauts sur un total de 7 °/₀.
Nous pouvons aussi constater des différences au point du vue de la vie dans les villes et de la vie à la campagne ; d'ailleurs nous constaterons une endurance à la douleur plus grande chez les gens de la campagne qui recourent moins fréquemment au dentiste que les gens de la ville.
Nos observations ont porté sur des charrons, des tonneliers, des maçons, des tailleurs de pierres, des serruriers, des forgerons, des horlogers, des bouchers, des ouvriers d'usine, des brasseurs, des peintres et autres ouvriers de divers métiers dont le total donne en moyenne 51 °/₀ de dentures défectueuses et 49 °/₀ sans défauts.
Enfin nous avons recherché quelle était l'influence de la chaux contenue dans l'eau sur l'état de la denture, et à cette influence nous avons cru

devoir joindre aussi les moyens ordinaires d'alimentation, tels que pain noir, chou, pommes de terre, lard, qui peuvent aussi contenir quelque calcaire et nous avons conclu que la denture était meilleure dans les endroits où l'eau est riche en chaux, en considérant toutefois les dispositions individuelles, et il faut conclure aussi que l'altération provient des moyens d'alimentation dont l'influence n'est pas moindre.

Notre tableau D. porte sur 3 catégories de gens :

1º Ceux de contrée riche en chaux ;
2º Ceux de contrée pauvre en chaux ;
3º Les étrangers.

Dans ce tableau nous avons aussi observé les différences de coloration. Ainsi, dans les contrées riches en chaux, dans la catégorie de *très-bonne* denture avec coloration grise nous avons 15 °/₀ avec défaut et 22 °/₀ sans défaut sur un total de 37 ; avec coloration jaune 11 °/₀ avec défaut et 33 °/₀ sans défaut sur un total de 44 ; enfin, de coloration blanche 12 °/₀ avec défauts et 32 °/₀ sans défauts sur un total de 44.

Au contraire dans les pays pauvres en chaux toujours dans la catégorie *très-bonne denture*, nous avons avec coloration grise 14 °/₀ avec défauts et 21 °/₀ sans défauts ; de coloration jaune, 22 °/₀ avec défauts et 28 °/₀ sans défauts ; enfin, de coloration blanche, 23 °/₀ avec défauts et 34 °/₀ sans défauts.

Les moyennes des catégories de *bonne denture* sont pour les trois colorations de 25 °/₀ à 22 °/₀ avec défauts et de 20 à 25 °/₀ sans défauts, ce qui nous permet de conclure à l'importance de la teneur en chacune des boissons et des aliments.

J'arrête ici ma première lettre ; dans la prochaine je vous parlerai de la suite des communications ; elles sont nombreuses, quelques unes sont importantes, je ne m'arrêterai qu'à celles-ci. Permettez moi de vous dire que je m'étendrai sur les rapports du Dr Herbst de Brême, du Dr Jeyen de Strasbourg, Wellauer, Dill, Preiswerh et les travaux faits sur la Cataphorère dentaire, etc.

Recevez, Monsieur le Directeur, mes salutations distinguées.

J. MENDELSSOHN,
Chirurgien-Dentiste.

SYNDICAT DES DENTISTES DU NORD-OUEST DE LA FRANCE

Présidence de Monsieur HÉLOT,
chirurgien dentiste de la Faculté de médecine de Paris

Séance du 25 Mai 1896

ORDRE DU JOUR

1. — Lecture du dernier procès-verbal.
2. — Etat de la caisse.
3. — Présentation de dix nouveaux adhérents.
4. — Nouvelles observations sur le gaïacol, *par M. QUÉRÉ, démonstrateur de l'École dentaire de Bordeaux.*

5. — Anomalie d'éruption d'une deuxième grosse molaire inférieure, *par M. VIGNOT, dentiste à St-Brieuc.*
6. — Présentation des modèles en cire coloriée, *par M. PITOY, dentiste à Brest.*
7. — Un cas de stomatorrhagie, *par M. SANGLET, dentiste à Brest.*
8. — Un client qui avale un clamps, *par M. HELOT.*
9. — Une ressection partielle du maxillaire inférieur, *par M. CHANU, dentiste à Pontivy.*
10. — Discussion sur le droit de vote par correspondance.
11. — Fixation définitive du siège social à Rennes.

NOTA. — Nous insérons avec plaisir l'ordre du jour du Syndicat des dentistes du Nord-Ouest de la France. Nous le répétons, *notre journal* ouvre ses colonnes à toutes les communications émanant des groupements de Chirurgiens dentistes.

BULLETIN DU MOIS DE MAI

Revue du “ *British Journal of Dental Sciences.* ”

Sur la Syphilis buccale. — Vol. XXXIX. — Mai 1896.

R. B. Wild, M. D., M. Sc., a lu devant la Société d'Odontologie de Manchester un article fort intéressant, sur la syphilis buccale.

Il dit que le dentiste devrait pouvoir juger au premier coup d'œil, s'il a à faire à un syphilitique, pour sa propre sécurité et celle de ses clients :

1° *Pour la sécurité de l'opérateur,* parce que la syphilis se prend assez souvent par les secrétions d'un syphilitique rencontrant une égratignure sur les doigts ou mains de celui-ci ;

2° *Pour la sécurité du client,* car la syphilis se transmet facilement par l'intermédiaire des instruments dentaires employés journellement, et non suffisamment désinfectés.

Dans la plus grande partie des cas, la syphilis est une maladie vénérienne; mais, en moyenne dans 10 p. °/₀ de ces cas, il n'est est pas de même. Dans ce dernier exemple, la lésion primitive peut commencer par n'importe quelle partie du corps : souvent par la bouche.

Les parties affectées sont les lèvres, la langue, les amygdales, le voile du palais, les deux premières plus souvent que les autres.

La syphilis buccale se manifeste sous une des trois formes d'accidents : 1° Primaire, 2° Secondaire, 3° ou Tertiaire. L'accident primaire est le plus rare ; le secondaire, le plus commun.

La plupart d'entre nous savent que la syphilis est un processus morbide qui suit une marche toute tracée ; dans la *première période*, la syphilis est une maladie, telle que le charbon ou toute autre maladie de la peau ou de la muqueuse, dans laquelle une infection locale provoque des symptômes de réaction locale sur les tissus. Puis tôt ou tard l'agent d'infection locale augmente, se multiplie, et passe dans le sang ; de sorte qu'à la *deuxième période*, cette maladie devient constitutionnelle, comme la scarlatine ou la variole, et pendant ce laps de temps, le sang et les tissus du malade sont contagieux, et capable de transmettre la maladie ; ses sécrétions sont également contagieuses, surtout la salive, mais il n'est pas démontré si ceci est dû à la salive “ per se ”, ou si c'est parce que la salive est mélangée avec les décharges syphilitiques provenant de la bouche.

Dans la *troisième période*, le malade est guéri de la maladie constitutionnelle; mais l'agent d'infection, qu'il soit ou non un micro-organisme, est resté dans certains tissus, comme cause réelle de maladie de ce tissu. Cette période est beaucoup moins infectieuse que les deux autres.

1° *L'accident primaire,* ou " chancre ", est le résultat de l'inoculation locale. L'infection se produit soit par des baisers, soit par l'usage des cuillères, de pipes, de verres, ou de certains instruments employés pour la bouche. Trois ou quatre semaines après, l'on remarque un petit soulèvement rouge au niveau infecté, avec peu de douleur; ce soulèvement s'étend, devient extrêmement dur à sa base, et prend alors le nom de " chancre de Hunter " plus tard il s'ulcère et les glandes lymphatiques voisines deviennent dures et s'engorgent.

Au bout de cinq à six semaines, le chancre commence à guérir, et tout semble fini, quoiqu'une certaine induration persiste. — Dix à douze semaines après, les accidents secondaires apparaissent avec un léger mal de gorge, et une congestion générale du palais et des fosses nasales.

2° Alors apparait la *plaque muqueuse :* petites éminences de la muqueuse, de formes irrégulières, avec des bords bien nets, blanches (la couleur rouge de la muqueuse semble apparaître comme au travers d'un verre opaque.)

L'on rencontre ces éminences sur la face interne des lèvres, surtout au coin de la bouche ; sur la face interne des joues, surtout à la ligne qui correspond à la jonction des dents supérieures et des inférieures; sur les piliers du voile, sur le palais, sur le voile du palais, sur la luette, sur la langue.

Quelquefois sur la langue, au lieu d'une éminence, l'on aperçoit un endroit sensible, déprimé, uni, dans lequel les papilles sont creusées au-dessous du niveau des tissus sains qui l'environnent.

Puis arrive l'ulcération caractérisée par une forme irrégulière, en forme de fer à cheval; quelques unes ont la forme de lignes courbes allongées. Toutes ces ulcérations sont superficielles, avec peu de suppuration, et la base de l'ulcère est souvent grisâtre; l'ulcération se rencontre un peu dans toute la bouche; mais les points familiers sont le pharynx, amydales, palais, côtés et pointes de la langue.

L'état final des lésions syphilitiques de la bouche est représenté par les cicatrices qui persistent après que les ulcérations locales sont guéries : souvent près de l'angle de la bouche, le voile du palais, partout où la contraction d'un tissu escharifié peut produire des difformités, telles que, déviation de la luette d'un côté, ou même adhérence de la pointe de cette dernière aux tissus voisins.

Pour nous rappeler les lésions secondaires nous avons: 1° la congestion superficielle; 2° élévation de la muqueuse en " plaques muqueuses "; 3° décomposition de cette muqueuse, formant ulcérations, et 4° la présence des cicatrices rappelant les lésions passées.

3° *Les lésions tertiaires* de la syphilis sont moins importantes pour le dentiste, elles consistent surtout dans la " *Gomme* " maladie inflammatoire dans laquelle un grand nombre de cellules sont produites en un point du tissu affecté; celles-ci s'accumulent et forment une tumeur, et en ce point la circulation sanguine est interrompue, par la pression des cellules elles-mêmes, et aussi par une atteinte cœxistente. Ces cellules meurent, se décomposent, et la gomme devient molle, l'ulcération arrive, décharge le contenu de la tumeur ; le vide laisse un ulcère profond qui se guérit laissant une large cicatrice.

Quelquefois la " *gomme* " pénètre profondément, ronge les os et cause une perforation du palais, ou une grande difformité du nez ou d'autres parties. La langue est aussi atteinte, et la gomme peut être prise pour un cancer.

Revue du " *Dental Cosmos* ", Vol. XXXVIII. — Mai 1896.

C. A. Firthe, D. D. S., de Queanbeyan, N. S. W. a lu un article intéressant sur " le traitement et l'obturation des dents dévitalisées ". — Firthe explique que la plupart des clients qui nous arrivent, ont un mal de dent sérieux, résultat d'une pulpe à nu, ou même déjà en état de putréfaction.

Sa méthode pour obturer les six dents antérieures, est la suivante :

Appliquer la digue, puis extirper entièrement la pulpe, si c'est possible, au moyen d'un tire-nerf Donaldson ; entourer de quelques filaments de coton un équarissoir fin d'horloger, en ayant soin tout d'abord d'en enlever la trempe ; tremper le coton dans une solution de peroxyde de sodium ($Na_2 O_2$) à 50 p. °/o, et nettoyer entièrement le canal par des applications répétées de cette solution ; alors laver la cavité et les canaux avec de l'alcool (en se servant d'une seringue hypodermique pour pénétrer dans les canaux), puis sécher avec de l'air chaud lancé au moyen d'une seringue à air chaud de Richmond, avec un soufflet ; et les canaux sont alors prêts pour l'obturation.

La matière obturatrice des canaux se compose de salol mélangé avec 5 p. °/o d'iodoforme ou de thymol : ce dernier paraît donner de meilleurs résultats. Cette préparation est fondue à une température aussi basse que possible ; quelques fibres de coton sont chauffées au dessus d'une lampe à alcool, saucées dans la composition de salol fondu et rapidement poussées dans le canal jusqu'à l'apex, au moyen d'un équarissoir ; puis obturer le reste du canal en injectant la même solution au moyen d'une seringue hypodermique chaude, attendre quelques minutes pour permettre au salol de se solidifier, enlever le surplus, alors appliquer une mince couche de ciment, et remplir la cavité avec de l'or ou de l'amalgame, plaçant les premiers morceaux tant que le ciment est mou.

L'auteur parle également du traitement des canaux antérieurs et de leur obturation au moyen du $Na_2 O_2$; celui-ci forme une espèce de matière savonneuse avec les contenus graisseux de la pulpe, et est facilement enlevée par des lavements d'eau tiède répétés.

Dans les cas d'abcès, le même traitement est suivi, puis on injecte quelques gouttes de $H_2 SO_4$ aromatique au travers du canal jusqu'au kyste qui contient le pus ; on sèche les canaux, et on applique un pansement de créosote de hêtre, le tout recouvert d'une obturation temporaire pour trois ou quatre jours. — A la visite suivante, mettre la digue, enlever le pansement, laver la cavité avec du $H_2 O_2$ à 5 p. °/o, puis avec l'alcool, sécher et faire un nouveau pansement de créosote pour une semaine. Au bout de ce laps de temps la dent est généralement en état d'être obturée et les canaux sont remplis comme il a été indiqué précédemment.

W. Storer How, de Philadelphie, donne un aperçu sur " la vulcanite dentaire ". Il dit qu'il ne faut pas vulcaniser sans réflexion, mais qu'il faut une attention soutenue pour arriver à faire une pièce forte, solide et bien faite. Le modèle en plâtre devrait être uni et dur : la cire doit être de même épaisseur partout, afin que la pièce soit uniforme partout. Puis mise en place dans le moufle, vulcanisée, etc.

Dr *G. Houre Winkler, de New-York*, a lu un ouvrage sur " la prophyloxie des caries " devant la Société dentaire de l'Etat du New-Jersey, le 12 Août 1895.

Les caries dentaires sont dues à un état morbide de l'économie, et peuvent être empêchées par un traitement médical approprié. L'on observe tout d'abord une ligne blanche sur l'émail près des bords gingivaux, ceci est la première décoloration due à l'action de l'acide sur l'émail, et cet acide provient des glandes muqueuses des bords gingivaux.

CHRONIQUE LOCALE

Programme des Cours professés pendant le mois de Mai.

MM. les Docteurs :

Sigalas : Effet chimique des courants électrolyses. — Application à l'électrolyse des tissus. — Actions secondaires dans l'électrolyse. — Piles secondaires. — Accumulateurs électriques, formation, charge, décharge des accumulateurs. — Electromoteurs thermiques. — Piles thermo-électriques. — Actions calorifiques des courants. — Loi de Joule. — Applications : Galvanocautères. — Eclairage électrique. — Lampes à incandescence. — Lampes à arc. — Introduction à l'étude des électromoteurs dynamiques. — Principes généraux et lois fondamentales du magnétisme. — Action des courants sur les aimants, sur les courants, sur les substances magnétiques.

Dumur : Laryngites. — Laryngite striduleuse. — Laryngite diphterique. — Spasme glottique. — Bronchites. — Broncho-pneumonie. — Pneumonie. — Asthme. — Emphysème pulmonaire. — Tuberculose pulmonaire. — Pleurésie sero-fibrineuse, hémorragique, purulente. — **Affections du cœur.** — Endocardite.

Rolland : Période de résolution anesthésique. — Physiologie de l'anesthésie. — De l'éther au point de vue anesthésique. — Du chloroforme, préparation chimique, toxicologie.

Sabrazès : Diphtérie. — Muguet. — Tuberculose bucco-pharyngée. — Syphilis bucco-pharyngée. — Actinomycose.

Fromaget : Fractures. — Entorses. — Luxations en général. — Luxations de la machoire. — Artrites. — Hydartroses. — Ankylose.

Dutour : Artrites temporo-maxillaires. — Constriction de la mâchoire. — Plaies de la langue. — Glossites. — Tuberculose linguale. — Syphilis linguale.

Princeteau : Artè.es. — Branches viscerales. — Mésenterique inférieure. — Capsulaires. — Spermatiques. — Renales. — Artères sacrées moyennes. — Iliaque primitive externe et interne. — Artères des membres inférieurs.

Besse : *(Pharmacien de 1re Classe.)* — Asepsie. — Antisepsie. — Désinfection. — Agents physiques : chaleur, froid, électricité. — Agents chimiques. — Eau oxygénée. — Sublimé. — Azotate d'argent.

Mécanique

Seigle : Dents à pivots. — Redressements. — Confections de crochets. — Mise en mouffle. — Articulateurs de plâtre. — Modelage. — Reconstitution d'une incisive centrale par la porcelaine.

Examen de fin d'année à l'École dentaire.

Conformément aux articles 4, 11 et 15 du règlement intérieur, les Etudiants en Chirurgie dentaire ayant fait leurs versements et étant en cours régulier d'Etudes devront se présenter le lundi 6 Juillet et le jeudi 9 Juillet pour y subir leurs examens de fin d'année et de diplôme de l'Ecole devant le Jury qui sera désigné.

Élèves de troisième année :

Examen oral : Le candidat répondra aux questions inscrites sur le programme des examens de la Faculté.

Examen de dentisterie : 1° Une aurification, or adhésif. — 2° Une reconstitution face postérieure de la deuxième petite molaire. — 3° Traitement d'un troisième degré, amalgame ou ciment. — 4° Epreuve clinique et extraction.

Examen de prothèse : Une place.

Élèves de première année :

Examen oral : Sur le programme des cours théoriques professés dans l'année.

Examen de dentisterie : Un nettoyage de bouche. — Une obturation ciment. — Un amalgame.

Épreuve clinique : Extraction.

Examen de prothèse : Une prise d'empreinte.

Cinquième examen de Doctorat, 2me partie.

Messieurs Lafontaine et Quéré ont subi avec leur succès la 2e partie du 5e examen de Doctorat. Encore un petit effort et notre docte Faculté prononcera le *dignus est intrare.*

Note de la Rédaction

L'abondance des matières ne nous permet de publier ni la Revue des Journaux, ni le Bulletin Bibliographique du Mois. Nous les publierons le mois prochain.

OFFRES ET DEMANDES

Imp. des 4 Frères, rue Capdeville, 32.